

Apelación al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee



¿Habla español?
1-866-311-4290

¿Necesita ayuda? Llame a su trabajador del DHS. O llame al número gratuito del Centro de Servicios para Asistencia Familiar al **1-866-311-4287**.

¿Cree que hubo un error con sus Food Stamps, Families First, TennCare Medicaid o TennCare Standard? Usted puede apelar. La apelación es una manera de reparar errores. Usted puede utilizar este documento para apelar. Este documento **sólo es para apelaciones** sobre Food Stamps, Families First, TennCare Medicaid o TennCare Standard. **No use este documento para ninguna otra cosa.**

- ◆ ¿Necesita **solicitar** Food Stamps, Families First, TennCare Medicaid o TennCare Standard? (Solo menores de edad hasta los 19 años que están perdiendo Medicaid pueden recibir TennCare.) Obtenga una solicitud del DHS.
- ◆ ¿Necesita **notificar un cambio** (como nueva dirección o cambio de trabajo o ingresos)? Llame al Centro de Servicios para Asistencia Familiar al **1-866-311-4287**. En Nashville, llame al **743-2000**. El centro está abierto de lunes a viernes de las 7:00 AM a las 5:30 PM.
- ◆ ¿Necesita **cambiar su plan de salud de TennCare** (MCO)? ¿O necesita **ayuda para conseguir atención médica o medicamentos**? No use este documento. Llame a Soluciones de TennCare al **1-800-878-3192**.
- ◆ ¿Necesita **otro tipo de ayuda**? Pregúntele a su trabajador del DHS. O llame al Centro de Servicios para Asistencia Familiar al **1-866-311-4287**.

¿Cuánto tiempo tiene para apelar?

Para Families First y Food Stamps: Usted tiene un plazo de **90 días** para apelar. El plazo de 90 días comienza **el día después de la fecha de la carta** que recibió del DHS. (Dicha carta es aquella en la que se le dijo la cuestión por lo que está apelando.) **¿Está recibiendo Families First o Food Stamps ahora? ¿Quiere conservarlos durante la apelación?** Debe hacer su apelación en un plazo de **10 días**. El plazo de 10 días comienza **el día después de la fecha de la carta de DHS**.

¿Y si pierde la apelación? **Tendrá que devolver el pago de las prestaciones de Food Stamps o Families First** que recibió durante su apelación.

En el caso de TennCare Medicaid y de TennCare Standard: Usted tiene un plazo de **40 días** para apelar. El plazo de 40 días comienza **el día después de la fecha de la carta** de DHS o TennCare. (Dicha carta es aquella en la que se le dijo la cuestión por lo que está apelando.)

¿Está recibiendo TennCare Medicaid o TennCare Standard ahora? ¿Quiere conservarlos durante la apelación? Debe hacer su apelación en un plazo de **20 días** **O** antes de que termine su TennCare Medicaid o TennCare Standard (si dicha fecha es posterior).

El plazo de 20 días comienza el día después de la fecha de la carta de DHS o TennCare.

¿Y si pierde la apelación? **Tendrá que devolver a TennCare el pago** de la atención médica y de los medicamentos que reciba durante su apelación.

Envíe por correo su apelación a:

Tennessee Department of Human Services
Division of Appeals and Hearings
PO Box 198996
Nashville, TN 37219-8996

O por fax al:

1-866-355-6136

Guarde una copia de la apelación y de la página de confirmación del envío del fax.

Díganos acerca de la persona que está apelando:

1. ¿Quién tiene el problema por el que usted está apelando? (Escriba su nombre completo.)
Nombre de pila: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
2. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ 3. Fecha de nacimiento: _____
4. ¿Quiénes más en su vivienda tienen el mismo problema? Díganos sus nombres.

5. ¿Cuál es su teléfono diurno? _____ () - _____
6. ¿Cuál es su teléfono nocturno? _____ () - _____
7. ¿Hay algún otro teléfono al que podamos llamarle? _____ () - _____
8. ¿Cuál es la mejor hora del día para llamarle? _____
9. Dirección de correo electrónico: _____
10. Dirección postal completa (indique número de departamento, apartado postal, dirección y número, número de parcela -- **si cambia de dirección, no deje de avisar al DHS.**)
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Díganos acerca de su apelación.

11. ¿Sobre qué está apelando? (Puede marcar más de una opción.)
 Families First Food Stamps TennCare Medicaid TennCare Standard
- Díganos todos los hechos que pueda acerca del problema. Puede añadir páginas, de ser necesario.

¿Tiene pruebas de lo que está diciendo? De ser así, envíenos copia de ellas con este documento.

12. **Si** su apelación es por Families First o Food Stamps, **marque uno de los cuadros siguientes.**
- Seguir recibiendo Families First/Food Stamps** hasta que se decida mi apelación. Si pierdo la apelación, estoy consciente de que probablemente deberé devolver estos pagos.
- Detener mi Families First/Food Stamps** hasta que se decida mi apelación. Si gano la apelación, es probable que el estado me deba dinero.

Debe decirnos si quiere conservarlos o detenerlos durante su apelación.

- | | |
|---|--------------------------------|
| 13. Firme aquí: _____ | 14. Fecha de hoy: _____ |
| (Persona que está apelando, o persona autorizada que firma por ella.) | |

Llene esta sección **SI** está ayudando a otro a llenar este documento.

15. Nombre: _____ Teléfono diurno: _____ () - _____
- ¿Qué relación tiene con la persona que está apelando? Usted es su:
- Padre o madre Familiar Amigo Guardián o curador legal
 Doctor/personal médico Intérprete/traductor Defensor
 Representante autorizado Otro (describa)

El DHS llenará este recuadro:	Date Received:
DHS Caseworker:	User ID:
DHS FS 1	User ID: